

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6167

Société : R.A.M

37511

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ELIDRISSI HAYAT

Date de naissance : 28/06/62

Adresse : 3, Res. Mohammedia, allée de l'esca, App. 103, 3^e étage, Tanmia Ville, Casab.

Tél. : 0665 99 89 53

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ELIDRISSI HAYAT Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

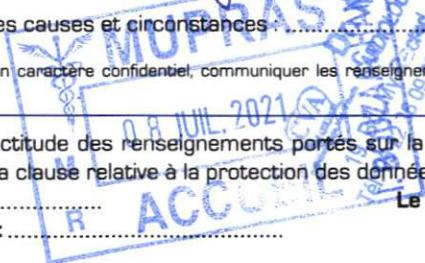
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/06/2016 Erg	Cas 4		3000 DT	Dr. Nabil AIT Souscription : 05/06/2016 - Casablanca N° de TV Recad - Casablanca : 06 61 24 30 05 Date : 25/05/2016 GSM : 06 61 24 30 05

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE IBN TOFAN Moussadouli Casablanca 022-86	9/6/2011	215,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

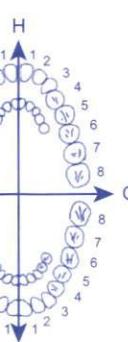
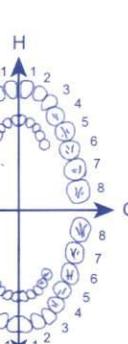
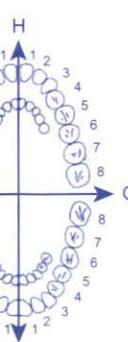
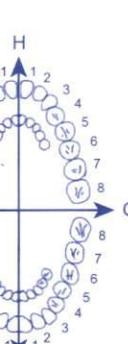
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cardiologie Val d'Anfa

URGENCES
24/24

05 22 36 09 09

~~PHARMACIE IBN ROFAIL
SEBTIK, E.P. Matosawil
61, Bd Anoual - CASABLANCA
Téléphone. : 022.86.37.68~~

Casablanca, le

09/06/2021

Mr (Mme)

Dr. Najib GARTI
CARDIOLOGUE-RHYTHMOLOGUE
19, Bd. MY EL HADJ - Casablanca
tél: 05 22 36 09 09 GSM: 06 61 24 30 n°


DR 121212

11 6 a.m.m

154.30

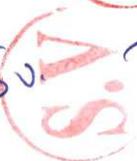
Scans 10



sp

le ton

26° Scans 5 174.17



34.18

Zépm 6

19 sp m 102

PHARMACIE IBN ROFAIL
SEBTIK, E.P. Matosawil
61, Bd Anoual - CASABLANCA
Téléphone. : 022.86.37.68

Dr. Najib GARTI
CARDIOLOGUE-RHYTHMOLOGUE

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa) - Casa
Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 001584040000063

Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88

E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : www.cvarythmologie.com

S-CITAP® 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés pelliculés

LOT : KE 00041

PER : MAI 2022

PPV : 154 DH 30

CiplaMaroc

30 comprimés batonnets
quadrisécables

bromazepam
zebam® 6 mg

زيهام® 6 ملغم
بromozaïbam

30 قرصاً قصبة قابلة
للكسر على أربعة

عن طريق الفم

PPV : 34DH70

PER : 03-24

LOT : K916

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance

Durée de prescription limitée
à 12 semaines



BOTTU S.A.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébika - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Sulpiride®

50 mg
Comprimés 20

GENPHARMA

SULPIRIDE

سولبرید

Lb. 00

سولبيريد